zgłoszono – 08.12.2015; poprawiono – 06.01.2015; zaakceptowano – 07.01.2015

Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury

Depressive disorders in elderly patients – the literature review

Karolina Filipska
Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Łukasz Pietrzykowski
Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Natalia Ciesielska, Łukasz Dembowski, Kornelia Kędziora-Kornatowska
Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

W grupie osób w podeszłym wieku obserwuje się znaczny odsetek występowania depresji jako jednego z głównych problemów zdrowotnych w tej populacji. Związane jest to z obecnością różnych czynników wpływających na pojawianie się tych zaburzeń. Choroba ta stanowi współczesne wyzwanie kliniczne w związku z odmiennym przebiegiem choroby u osób starszych, jak również ze względu na specyficzny obraz i nasilenie objawów. Analiza literatury pokazuje, iż istnieje wiele czynników etiologicznych wywołujących depresje u osób starszych – wyróżnić tutaj można czynniki endogenne, somatogenne oraz psychologiczne. Występowanie wielu z tych czynników jest charakterystyczne dla populacji osób w podeszłym wieku w porównaniu do pozostałych grup wiekowych. Specyfika zaburzeń depresyjnych u osób starszych nie wynika tylko z występowania dodatkowych objawów choroby, ale w głównej mierze z nasilenia dolegliwości dla niej charakterystycznych. W artykule dokonano także podsumowania najważniejszych objawów i przyczyn zaburzeń depresyjnych w grupie osób starszych. Dokonano również analizy zaburzeń depresyjnych i towarzyszących jej próbom samobójczym, których znaczną ilość obserwuje się w tej grupie osób. (Gerontol Pol 2015, 4, 143-58)

Słowa kluczowe: depresja, osoby starsze, samobójstwa

Abstract

Depression is one of the most common diseases in the elderly people group. It is connected with a lot of aspects. The disease is a clinical challenge connected with different process of disease in elderly people and with some specificity and intensity of symptoms. The analysis of literature shows that there are a lot of etiological aspects giving the depression. We can distinguish endogenous, somatic and psychological aspects. A lot of these aspects are characteristic for elderly people rather than for people from other age groups. The character of depression follows not only because of additional symptoms of the disease but mainly because of the intensity of symptoms characteristic for the depression. In the article, there is a summary of the most important symptoms and reasons of the depression. There was also an analysis of the prevalence of depression with suicide attempt involved there are a lot of people in that group. (Gerontol Pol 2015, 4, 143-58)

Key words: depression, elderly people, suicides

Wstęp

Uwarunkowania biologiczne, psychiczne i społeczno-socjalne powodują, że osoby w podeszłym wieku są szczególnie podatne na zaburzenia psychiczne, mogące przyczynić się do samobójstw. Demograficzne starzenie się ludności Polski przyczyni się do systematycznego wzrostu odetka osób z zespołami depresyjnymi, należącymi do najczęstszych zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym. Choć występują one często, przeważnie pozostają nierozpoznane i nieleczone. Uznaje się, iż przyczyną tego faktu jest odmienność obrazu klinicznego oraz niewłaściwe przekonanie, że objawy depresyjne stanowią nieodzowną implikację procesu starzenia się. Zespoły depresyjne są znaczącym problemem klinicznym. Wynika to z faktu ich istotnego rozpowszechnie-

Adres do korespondencji: Karolina Filipska, Szczawno 24, 87-510 Skrwilno (+48) 790 322 965 karolinafilipskakf@gmail.com

nia, a także z kluczowego zaburzania i pogarszania i tak nienajlepszej jakości życia osób w podeszłym wieku. Niekorzystnie wpływają również na przebieg i rezultaty terapii chorób somatycznych. Obok otępień, upadków i zaburzeń mobilności, nietrzymania moczu lub stolca, upośledzenia wzroku i słuchu zalicza się depresje starcze do tzw. „wielkich problemów geriatrycznych" [1].

Cel

Celem artykułu jest dokonanie analizy piśmiennictwa poświęconego problemowi występowania depresji w grupie osób w podeszłym wieku, jak również omówienie charakterystycznych cech choroby w tej grupie osób.

Pojęcie zaburzeń depresyjnych

Definicja pojęcia „depresji" w psychiatrii odnosi się do specyficznego aspektu zaburzeń nastroju i emocji. Została ona zakwalifikowana do obszernej grupy zaburzeń psychicznych. Jej cechą charakterystyczną nie są jedynie wahania nastroju, lecz również istotne nieprawidłowości w funkcjonowaniu na poziomie zawodowym, społecznym, a także edukacyjnym [2].

Wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja jest chorobą powszechnie występującą na całym świecie i dotykającą około 300 milionów ludzi. Istotnie różni się od wahań nastroju i krótkotrwałych reakcji emocjonalnych towarzyszących często człowiekowi w codziennym życiu. Depresja stanowi często przewodnie uwarunkowanie swoistej niepełnosprawności i niezdolności do pełnionych ról wyznaczonych jednostce przez proces socjalizacji. Wg WHO depresję jednobiegunową odnotowuje się na poziomie 7% wśród populacji osób starszych [3]. W Polsce aktualnie przeprowadzono nieliczne badania oceniające częstość występowania depresji u osób starszych. W badaniu WOBASZ występowanie objawów depresji stwierdzono- na podstawie skali depresji Becka- u ponad 25% zbadanej populacji [4]. Kolejno w badaniu PolSenior, w którym wykorzystano Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS) odnotowano, że chorobowość zaburzeń depresyjnych wzrasta wraz z wiekiem (20% w grupie 55-59 lat; 25% w 65-79 lat; 33% w 80 i więcej lat) [5]. Odmienne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie Niemców w wieku 53-80 lat, w którym częstość depresji była największa w najmłodszej grupie wiekowej. Analiza badań oceniających częstość występowania objawów depresyjnych u osób w wieku podeszłym ukazuje rozbieżność wyników. Różnorodność uwarunkowań zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych w krajach może wyjaśniać powyższą sytuację [6].

Wg Pużyńskiego [7] istnieją dwa kluczowe formy zespołów depresyjnych: depresja z dużym lękiem i niepokojem psychoruchowym, a także wariant asteniczno--depresyjny. Pacjentom bardzo często obok lęku i niepokoju wtóruje nastrój depresyjno-drażliwy, bojaźliwy z różnorodną paletą ekspresji emocjonalnych (lamentu, zawodzenia, rozpaczy, niepokoju, wzywania pomocy). Pacjenci informują o występowaniu skarg hipochondrycznych, które przybierają formę urojeń. Do kolejnych objawów towarzyszących pacjentowi należą również urojenia klęski materialnej, przeświadczenie o okoliczności bez wyjścia, poczucie winy, grzeczności i pokuty. Opisany powyżej wariant zespołu depresyjnego, który jeszcze kilkadziesiąt lat wcześniej określany był obrazem klinicznym depresji starczej, aktualnie występuje sporadycznie. Drugą postacią depresji u osób w podeszłym wieku jest wg Pużyńskiego [7] wariant asteniczno- depresyjny. Przeważa w nim pasywność, abulia, utrata różnego rodzaju hobby, a także uczucie obniżonej aktywności fizycznej i psychicznej, przede wszystkim intelektualnej, współwystępujące razem z samopoczuciem depresyjnym. Obraz kliniczny przedstawionego wyżej stanu utożsamia się sporadycznie z otępieniem.

Etiologia zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego

Cechą charakterystyczną depresji u osób po 65 roku życia są różnorodne jej uwarunkowania [8]. U osób w podeszłym wieku pomimo wielu opinii nierzadko występuje nie tylko depresja o etiologii somatogennej, czy endogennej, ale również psychogennej. Częstokroć bywa tak, że etiologia zaburzeń jest mieszana i niełatwo jest ocenić, który z czynników odgrywa decydującą rolę [9].

W grupie osób starszych do swoistych czynników ryzyka depresji zalicza się: starzenie się mózgu, sytuację psychospołeczną („zespoły utraty", osamotnienie, czynniki finansowe); choroby somatyczne (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zespoły bólowe); dodatkowo przyjmowane leki (np. niektóre leki przeciwnadciśnieniowe, przeciwcukrzycowe, steroidy), niepełnosprawność [10]. Przyczyny depresji endogennej wynikają z nieprawidłowego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego na poziomie komórkowym bądź białkowym i zaliczane są do przyczyn biologicznych. Uwzględnia się tutaj: obciążenia genetyczne, choroby somatyczne i zmiany organiczne mózgu, które doprowadzają do utraty liczby neuronów i neuroprzekaźników. Odnotowuje również wiele czynników psychologicznych, wpływających na

występowanie zaburzeń depresyjnych u osób starszych, do których zaliczamy m.in. straty bliskich osób, syndrom „opuszczonego gniazda”, straty materialne, negatywny sposób myślenia, obniżoną samoocenę, czy obciążenia wynikające z kłótni i konfliktów w rodzinie [11]. W konsekwencji utrwala to postawę wycofania społecznego, bezczynności i innych objawów depresyjnych [12]. Uwagę badaczy przykuwa pewien typ rozwoju osobowości, formujący się być może równolegle do niesprzyjających doświadczeń towarzyszących pacjentowi w dzieciństwie i młodości. Stanowi on podłoże emocjonalnej wrażliwości, obniżonej kondycji w społecznym funkcjonowaniu i nadmiernej skłonności do odczuwania wewnętrznego stresu. Zasadniczo z czynników demograficznych to płeć żeńska jest bardziej narażona na wystąpienie zaburzeń depresyjnych [13].

Złożonym zagadnieniem są uwarunkowania i zależności między depresją a chorobą somatyczną, które wzajemnie modyfikują swój przebieg. Nieleczona depresja doprowadza do pogarszania przebiegu i rokowania choroby somatycznej [14]. Często nie możliwe staje się oddzielenie od siebie objawów choroby somatycznej i depresji. Przewlekłe choroby somatyczne, zwłaszcza te powiązane z występującym przez cały czas bólem, bezwzględnie pogarszają przebieg zaburzeń depresyjnych. W sytuacji współistnienia depresji i przewlekłych zespołów bólowych niebezpieczeństwo popełnienia samobójstwa wzrasta sześciokrotnie [15].

Występowanie zaburzeń depresyjnych w chorobach somatycznych wynosi w przypadku chorób nowotworowych 30-42%, cukrzycy 8,5-27,3%, choroby wieńcowej 15-20%, nadciśnienia tętniczego 9-25%, niedoboru witamin (zwłaszczaB12 i kwasu foliowego) 15-38%. Niemniej są one także częste u pacjentów po przebytej resekcji żołądka, nieleczonym zakażeniu pasożytniczym. Zaburzenia depresyjne diagnozuje się również przy przewlekłym nadużywaniu alkoholu [16]. Najczęściej do rozpoznania depresji dochodzi u pacjentów po przebytym udarze (25-48%); u których wykryto chorobę wieńcową (8-44%); raka (1-40%), chorobę Parkinsona (4-90%) i Alzheimera (20-40%) [17]. Objawy ze strony sfery psychicznej są częste u pacjentów z chorobą Huntingtona (HD, ang. Huntington disease). W 37 do 73% przypadkach osób z HD [18] spostrzegana jest drażliwość, która wzrasta wraz z postępującym stadium, przybierając ostatecznie formę agresji [19]. Depresja u pacjentów z HD jest diagnozowana w skali 33 do 69% przypadków, w tym u ok. 60% chorych, występuje w formie ciężkiej [20]. Stosunek między chorobami somatycznymi i występowaniem depresji stwierdza się w głównej mierze w odniesieniu do chorób układu krążenia, w przebiegu których w 61% przypadkach rozpoznaje się depresję. Również w chorobach przebiegających z zapaleniem stawów u 34% chorych odnotowywane są objawy depresyjne [21].

Obraz kliniczny depresji

Rozpoznanie depresji u osób w podeszłym wieku nierzadko stanowi dla zespołu terapeutycznego próbę profesjonalizmu. Dolegliwości zgłaszane przez pacjenta bądź jego rodzinę mogą być zarówno objawami otępienia, jak i depresji. Otępienie może także potęgować występowanie depresji i być jej maską [22].

W celu zdiagnozowania występujących zaburzeń depresyjnych stosuję się kryteria wg X edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), a także wykorzystuje się standardowe kryteria klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-V Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [23,24]. W kryterium depresji wg ICD-10 wyróżniamy objawy podstawowe i dodatkowe, które pozwalają rozpoznać i określić poziom nasilenia objawów depresyjnych. Do dolegliwości podstawowych zaliczamy: obniżenie nastroju, anhedonię, a także zredukowanie energii prowadzącej do nasilonej męczliwości. Wśród objawów dodatkowych odnotowujemy: zmniejszony apetyt, zaburzenia snu, tendencje samobójcze, pesymistyczne nastawienie, niską samoocenę i poczucie winy, a także osłabienie koncentracji i uwagi [24]. Zgodnie z DSM-V rozpoznanie opiera się na podstawie obecności objawów podstawowych, które są utożsamiane z objawami podstawowymi przedstawionymi w kryterium ICD-10. Aby zdiagnozować zaburzenia depresyjne wg DSM-V należy odnotować także przynajmniej 5 objawów, do których zaliczamy m.in. depresyjny nastrój utrzymujący się przez większą część dnia, przyrost masy ciała (tj. > 5% zmiany masy ciała) bądź jej spadek (nieskonsolidowany z stosowaną dietą), brak energii, obniżenie funkcji poznawczych, senność w ciągu dnia bądź bezsenność nocą, nieuzasadniony krytycyzm wobec samego siebie, zmniejszenie zainteresowań i zdolności do przeżywania przyjemności, myśli samobójcze. Diagnostyka zaburzeń depresyjnych przeprowadzana w krajach europejskich, w tym również w Polsce bazuje na Klasyfikacji ICD-10. W celu rozpoznania depresji niezbędne jest spełnienie kryteriów objawowych (występowanie u pacjenta min. 2 z 3 objawów podstawowych i min. 2 objawów dodatkowych) oraz czasowych (trwających przez przynajmniej 2 tygodnie) [23].

Zaburzenia depresyjne u osoby starszej mogą dość często różnić się od tych spotykanych w młodszej grupie wiekowej. Odmienność obrazu depresji nie wynika z obecności charakterystycznych „dodatkowych” objawów, lecz z większego nasilenia, jak również częst-

szego występowania niektórych z nich. Shulman [25] stwierdził, iż u osób chorych na depresję w podeszłym wieku dominują skargi na drażliwość, nerwowość. Natomiast rzadziej jednak odnotowuje się typowe dla osób młodszych obniżenie nastroju. Brown [26] w swej monografii porównał obraz kliniczny depresji u chorych przed 50 rokiem życia oraz u chorych po 50 roku życia z wczesnym i późnym początkiem choroby (po 50 r.ż.). Stwierdził, iż niezależnie od wieku w momencie zachorowania u pacjentów po 50 roku życia częściej występują takie dolegliwości jak: niepokój, trudności w zasypianiu i skargi hipochondryczne. Jednak chorzy z późnym początkiem choroby zasadniczo częściej zgłaszają skargi hipochondryczne, dolegliwości somatyczne, spadek libido, poczucie winy i myśli samobójcze. Objawy osiowe depresji u osób w podeszłym wieku często są niedostrzegane. Na pierwszy plan wysuwają się skargi na dolegliwości somatyczne i zaburzenia funkcji poznawczych, które często towarzyszą procesom starzenia się [27].

Depresja a tendencje samobójcze

Ocenia się, że około 20% osób decydujących się na akt suicydalny cierpiało na depresję endogenną, a u blisko 100% występowały mniej bądź też bardziej nasilone objawy depresyjne. Rozważania autodestrukcyjne w depresji świadczą o jej krańcowym nasileniu. Pojawienie się myśli samobójczych w depresji zawsze wymaga leczenia farmakologicznego, a czasem leczenia w szpitalu psychiatrycznym –przede wszystkim, gdy osoba chora mieszka sama lub jest zdana na siebie [28].

Wg Danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [29] w latach 2005-2013 śmiercią samobójczą zmarło ogółem w Polsce 54 319 osoby, w tym 11 979 zgony odnosiły się do populacji osób po 60 roku życia. Stanowi to ok. 22% wszystkich samobójstw dokonanych w latach 2005-2013. Liczba zgonów spowodowanych aktem samobójczym w tej populacji wiekowej w poszczególnych latach wynosiła średnio 1497 rocznie (3,5 na 100 tys. mieszkańców). Najwięcej przypadków odnotowano w 2013 roku – 1562 osób (19 na 100 tys. mieszkańców), a najmniej w 2007 roku – 1141 osoby (17 na 100 tys. mieszkańców).

Powszechnie uznaje się podeszły wiek za jeden z podstawowych czynników ryzyka samobójstw. Akty samobójcze osób po 60 r.ż. charakteryzują się przede wszystkim wysoką skutecznością podejmowanych czynów autodestrukcyjnych. Zważywszy na demograficzne starzenie się ludności Polski, niepokojącym zjawiskiem wydają się coraz częstsze wiadomości o nasilających się tendencjach samobójczych w tej grupie wiekowej [30].

Podsumowanie

Jeszcze kilkanaście lat temu w literaturze często można było spotkać się przeświadczeniem, iż wraz z wiekiem rokowania dotyczące ustąpienia depresji się zmniejszają. Występujące coraz to następne epizody depresyjne ulegają wydłużeniu, czy też nie dochodzi do pełnej remisji objawów [31]. Aktualna wiedza i prowadzone badania naukowe przekonują o równie dobrym rokowaniu, co do wyleczeniu zespołu depresyjnego niezależnie od wieku [32]. Nie zmienia to niekwestionowanego jak dotąd faktu zwiększonej śmiertelności wśród osób w podeszłym wieku z depresją. Często tłumaczy się to współwystępowaniem chorób somatycznych, które z jednej strony same w sobie stanowią powód depresji a z drugiej wpływają na wzrost śmiertelności w grupie osób starszych. Taka sytuacja stwarza konieczność natężonej czujności ze strony zespołu terapeutycznego mającego kontakt z pacjentem w podeszłym wieku. Istotny jest również fakt współpracy pomiędzy członkami zespołu. Częste współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i chorób somatycznych może powodować opóźnienie całego procesu diagnostycznego oraz wpływać na przyspieszenie ewolucji obydwu zaburzeń [33].

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak / None

Piśmiennictwo

1. Gottfries C.G. Recognition and management of depression in the elderly. Int Clin Psychopharmacol. 1997; 12 (7): 31-6.
2. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PZWL; 2002.
3. http://www.who.int/en/ [wejście: 05.01.2016, godz. 18:16].
4. Piwoński J., Piwońska A., Głuszek J., Bielecki W., Pająk A., Kozakiewicz K., i wsp. Ocena częstości występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. Kardiol Pol. 2005; 63: 645-8.

5. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzie w Polsce. W: Broczek K. i wsp. Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. Poznań: Wydawnictwa Medyczne Termedia; 2012.
6. Wild B., Herzog W., Schellberg D., Lechner S., Niehoff D., Brenner H., i wsp. Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. Int J Geriatr Psychiatry. 2011; 27 (4): 375-81.
7. Pużyński S. Depresje. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 1988.
8. Erst C. Epidemiology of depression in late life. Curr Op Psychiatr. 1997; 10: 107-12.
9. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 2002.
10. Bilikiewicz A. (red.) Psychiatria t. I i II. Wrocław: Wydawnictwo medyczne Urban&Partner; 2002.
11. Basterzi A.D., Aydemir C., Kisa C., Aksaray S., Tzer V., Yazici K., i wsp. IL-6 levels decrease with SSRI treatment in patients with major depression. Hum Psychopharmacol. 2005; 20: 473-6.
12. Śmiech A., Wyszogrodzka- Kucharska A. Depresja u osób w podeszłym wieku. Lekarz Rodzinny. 2003; 8 (6): 656-69.
13. Gottfries C.G. Karlsson l. Depression in later life. OCC Lyd. Oxford; 1997.
14. Śmiech A., Wyszogrodzka- Kucharska A. Siedem zasad leczenia depresji. Lekarz Rodzinny. 2003; 8 (2): 210-9.
15. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD- 10. Badawcze kryteria diagnostyczne. UWM Vesalius oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii Kraków- Warszawa; 2000.
16. Mora P.A., Beamon T., Preuitt L., DiBonaventura M., Leventhal E.A., Howard Leventha Heterogeneity in Depression Symptoms and Health Status Among Older Adults. J Aging Health. 2012; 24 (1): 879-96.
17. Ganzini L., Smith DM., Fenn D.S., Lee M.A. Depression and mortality in medically ill older adults. J Am Geriatr Soc. 1997; 45 (3): 307-12.
18. Sławek J., Sołtan W., Sitek E.J. Choroba Huntingtona w 20 rocznicę odkrycia genu IT15: patogeneza, diagnostyka, leczenie. Przeg Neurol. 2013; 9 (3): 77-85.
19. Konkel A., Sitek E.J. Zespół amnestyczny nakładający się na proces neurodegeneracyjny w przebiegu choroby huntingtona – opis przypadku. Amnesic syndrome overlapping the neurodegenerative process in huntington's disease – a case report. Ann. Acad Med Gedan. 2014; 44: 71-9.
20. Julien C.L., Thompson J.C., Wild S., Yardumian P., Snowden J.S.,Turner G. i wsp. Psychiatric disorders in preclinical Huntington's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007; 78: 939-43.
21. Jaracz J. Depresja w wieku podeszłym. Świat Medycyny i Farmacji.2006; 3 (68): 40-7.
22. Bidzan L. Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. Medycyna Wieku Podeszłego. 2011; 1(1): 31-41.
23. Kinderman P. Explainer: what is the DSM? The Conversation Australia. The Conversation Media Group. Retrieved 21 May; 2013.
24. Pużyński S., Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius"; 2000.
25. Shulman RW. The serotonin syndrome: a tabular guide. Can J Clin Phanuaco. 1995; 2: 139-44.
26. Brown R.P., Sweeney J., Loutsch E., Kocsis J., Frances A. Involutional melancholia revisited. A. J. Psychiatry. 1984; 141: 24-8.
27. Zisook S. Depresja w późnym wieku. Medycyna po Dyplomie. 1997; 6: 175-82.
28. Synak B. Problematyka badawcza i charakterystyka badań. W: Synak B. (red.): Polska starość. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2002.
29. http://stat.gov.pl/ [wejście: 05.01.2016, godz. 20:00].
30. Pilecka B. Samobójstwo wieku starszego. W: Piórkowski P. (red.): Przemoc i marginalizacja. Patologie społecznego dyskursu. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak"; 2004.
31. Kennedy S.H., Lam R.W., Nutt D.J., Thase M.E. Comorbidity: psychiatric and physical. Treating depression effectively. Martin Dunitz, New York-London; 2004: 99-107.
32. Steffens D.C., Skoog I., Norton M.C., Hart A.D., Tschanz J.T., Plassman B.L. i wsp. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. The Cache County Study. Arch. Gen. Psychiatry. 2000; 57: 601-7.
33. Rzewuska M. Leczenie zaburzeń psychicznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003: 257-264.